SEMINÁRIO PARTO E MATERNAGEM

**Introdução:**

O trabalho visa evidenciar o processo de nascimento e primeiros momentos de vida dentro de uma concepção energética, assim como práticas de profilaxia das neuroses. A descrição de práticas desde a concepção, passando pela gravidez, momento do parto e amamentação que visa um maior contato não só da mulher com seu próprio corpo, com suas emoções e sensações, como evidencia os bloqueios e medos mistificados que permeiam esses momentos aos quais todos nós seres humanos já passamos na vida.

A gravidez, o parto e a amamentação não são períodos vividos somente pela mulher e seu bebê; convocam uma perspectiva de se pensar a sociedade como um todo e como lida com a mulher, em relação à sua sexualidade, sua liberdade de expressão e sua autonomia.

Mostrar quais são os melhores caminhos para a construção de uma sociedade mais livre no seu pulsar da energia, aproximando esses momentos aos movimentos naturais fisiológicos sendo respeitados. O respeito à fisiologia natural desses processos, como a busca de conhecimento, facilita a construção de vínculo, de construção de amor e com isso um caminho para se pensar uma sociedade formada com indivíduos com maior capacidade de fazer conexões, de lidar com suas sensações e emoções, de ter compaixão com todos os seres.

Essa concepção por ser bioenergética, ultrapassa qualquer questão histórica e cultural, é um trabalho de aproximação da natureza, de respeito ao seu tempo e seu poder sobre a construção. Devemos construir um olhar mais crítico sobre as práticas instituídas sobre o momento de nascer, sobre a romantização da maternidade que mais agride, que do que acolhe.

**Maternagem:**

A maternidade é o processo biológico de tornar-se mãe, já a maternagem não tem como suporte somente a condição biológica, está vinculada a atitude em relação aos bebês e aos seus cuidados. A maternagem inicia desde a concepção até os anos que seguem. E a que compete a função materna? A mãe é o primeiro contato do bebê com o mundo, assim como seu primeiro vínculo afetivo. Para que ocorra um bom desenvolvimento biopsicossocial, o meio poderá influenciar na qualidade dessa relação. Uma boa maternagem resulta numa boa integração do eu, uma personalização. A mãe serve como suporte para vivenciar o mundo, se a mãe não consegue fazer esse papel outra pessoa pode assumir no lugar, desde que haja continuidade no cuidado para que não surjam lacunas nesse desenvolvimento.

Entender as competências do bebê, capacidade e predisposição nos ajuda a pensar qual o papel da mãe nesse processo de crescimento, visto que  A Primeira Infância é o período que abrange os primeiros 6 anos completos da criança e é um período de grandes transformações e aquisições de base para toda a vida. A Primeira Infância engloba a Primeiríssima Infância, período que vai da gestação aos 3 anos de idade. É interessante pensarmos o bebê para além de um organismo que come, bebe e faz cocô. Porque mesmo com tantas teorias sobre o desenvolvimento infantil, no senso comum, ainda carregamos uma herança histórica que pensa neles como uma massa de modelar, uma tabula rasa. Diversos estudos já demonstraram que a interação da mãe/bebê inicia intrauterinamente desde a concepção, isso quer dizer que desde o primeiro momento os dois possuem um vínculo e a qualidade desse vínculo, desde a gravidez, parto e pós parto, influenciarão o desenvolvimento como um todo do bebê. E que não está somente relacionado aos fenômenos físicos, como: sons, temperatura e luminosidade, mas também relacionados aos sentimentos da mãe como: alegria, tristeza, medo, raiva, calma e etc. Essa mensagem mãe e bebê é realizada através de hormônios. A mãe que passou por medos e stress durante a gravidez enviará através desses hormônios a mensagem que o mundo é hostil e isso afetará a “programação fetal”.  Dessa forma, percebemos que as interações da mãe com o (feto/embrião/bebê) na gestação e os sentimentos dela em relação a ele cria marcas na sua estrutura energética (período de relação fusional).

Fazendo um recorte na primeiríssima infância, 0 aos 3 anos, várias teorias apontam, da psicanálise a neurociência, que o ambiente favorável ou desfavorável influencia no desenvolvimento cerebral assim como no desenvolvimento global.

Esses estudos da neurociência sobre a infância demonstram que um ambiente hostil com falta de recursos, não só relacionados a nutrição e escassez material, como também da escassez de afeto, vínculo e contato prejudicam e deixam lacunas no ser humano. O período da gestação até os 3 anos de idade é sempre crucial, pois é um período sensível para o desenvolvimento integral da criança; é o que os neurocientistas chamam de janela de oportunidade da construção da base para a vida adulta. Frederico Navarro  fala que o essencial para se pensar numa sociedade melhor seria apostar na prevenção ao invés de uma sociedade de “terapeutizados”. Esse período do pós parto até os 3 anos ele chama período maternal. É nesse momento que as sinapses ocorrem em um ritmo muito acelerado, Aos 4 anos, o cérebro de uma criança já atingiu metade de seu potencial.

A construção do cérebro pode ser comparada com a construção de uma casa. Numa casa, a construção começa pelo chão e pelas paredes. Depois, vem o telhado e, por último, o sistema elétrico e de água são ativados. E deve ser feito nessa sequência exata, ou seja, para levantar as paredes, é preciso antes que o chão esteja bem assentado. Para que o sistema elétrico funcione, é preciso que as paredes já estejam erguidas. Após o nascimento da criança o cérebro continua sendo construído, e a qualidade dessa construção vai depender das experiências vividas. Logo as experiências obtidas influenciam o desenvolvimento físico.

O professor de psicologia da USP Lino de Macedo, na série O começo da vida, diz que o prefixo des é uma negação, o que significa que desenvolver é sair do envolvimento com a mãe e ir criando sua própria autonomia. Dessa forma, a neuroplasticidade pode ser boa ou ruim dependendo do ambiente que essa criança está inserida. Privação, abuso, desnutrição geram perigo ao desenvolvimento do cérebro. A Epigenética demonstra que a expressão dos genes mudam de acordo com o ambiente. Através de grupos químicos que afetam essa expressão dos genes, acaba contribuindo a alteração também do comportamento. As experiências vividas na primeira infância serão decisivas, pois com base nesse processo a criança aumentará suas conexões/ relações ou se fechará a elas, o que implicará diretamente em sua capacidade de aprendizado. O que esses estudos comprovam é que o afeto seria a “fita isolante” das ligações entre os neurônios fazendo com que cada ligação seja forte o bastante para não ser desfeita.

Winnicott (pediatra e psicanalista) descreve muito bem os estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional do ser humano. Ele diz que boa parte dos problemas emocionais se encontra nas etapas precoces do desenvolvimento.

Em suas palavras: “O bebê é uma organização em marcha, cujo ímpeto para a vida, para o crescimento e o desenvolvimento é uma parcela do próprio bebê, algo que é inato na criança e que é impelido para a frente” (Winnicott, 1985). Certamente esse desenvolvimento depende de um ambiente facilitador. Daí a importância dos sentimentos da mãe durante a gestação, parto e puerpério e de um estado que ele chama de “preocupação materna primária”. Segundo Winnicott, toda mãe tem capacidade para cuidar bem de seu filho, ele a chama de “mãe devotada comum”, seria a mãe neurótica comum. A mãe para entrar nesse estado de dedicação total precisa de algumas alterações neuro hormonais, assim o bebê nos primeiros meses passa a ser quase seu único foco e interesse. Nós vemos essa resposta pontual e funcional fisiológica, que depende da própria estrutura energética da mãe. Essa devoção é uma adaptação sensível às necessidades do bebê, que no início da vida são absolutas, pois depende totalmente do ambiente, é um risco vital não ter esse cuidado. Esse ambiente precisará prover as necessidades fisiológicas e emocionais dele (o bebê não está com seu ego integrado, é imaturo). Logo é depende da mãe estar identificada com ele, para poder atender prontamente às suas necessidades.

Winnicott propõe duas funções essenciais para ocorrer uma maternagem suficientemente boa: Holding e Handling: o Holding – que a tradução será o sustentar/segurar – seria uma argamassa para a integração do eu. É a maneira que o bebê é sustentado na vida é a firmeza que é amado e necessita da disposição afetiva da mãe para perceber e atender às necessidades. Através desse colo sustentador a mãe possibilita que filho vá juntando fragmentos de sua vida sensório-motora para formar seu narcisismo primário, (modo particular de relação consigo), ao mesmo tempo esse colo fornece uma proteção à psique que vai também integrando a imagem do corpo, dessa forma cria-se a possibilidade de se estabelecer um eu, uma identidade . É isso que vai imprimir nele uma experiência física e uma vivência emocional, conjuntamente com o handling, que poderia ser traduzido por manejo - a base para a personalização.

É a função materna que envolve o modo como o bebê é tratado, cuidado, manipulado no momento do contato corporal mãe-bebê. Esse manejo ou manipulação favorece a personalização do bebê, na medida em que contribui para o processo de alojamento da psique no corpo, isto é, a aquisição da unidade psique-soma que vai permitir ao bebê ser e estabelecer a diferenciação e a inter-relação entre a realidade externa e a realidade interna. Nesses processos a integração do ego vai se fortalecendo e adquirindo a personalização, a sensação de estar dentro do próprio corpo.

Um holding deficiente – mudanças repetidas de técnicas de maternagem, falta de apoio para a cabeça, ruídos altos, etc. – provocam sensação de despedaçamento, de estar caindo num poço sem fundo e de desconfiança na realidade externa (Winnicott).

O bebê percebe as falhas quando esse cuidado não é suficiente, pois é sentido como uma falta na “continuidade do ser” o que resulta o enfraquecimento do ego. Leva a não integração do eu. Nós reichianos entendemos esse estado materno como um funcionamento biológico-visceral, envolvendo o sistema reptiliano, límbico e cortical. Que também está condicionado a própria couraça da mulher.

Como já vimos o contato afetivo começa na vida intrauterina; a partir dos 3 meses o bebê é capaz de ouvir, ver, sentir cheiros, como também estabelecer conexões através do sistema endócrino e nervoso vegetativo que está se desenvolvendo. Quando o bebê é separado pelo cordão umbilical ele passa a ser um ser separado, que busca união com o outro de si, sai do estágio fusional. Esse processo vai funcionar como uma união-separação que é um paradoxo que a criança procura resolver constantemente. (Genovino). A função que corresponde à necessidade de união e separação é o "contato". O bebê precisa da mãe para construir o seu próprio Eu. O que também depende do contato pele a pele. A mãe é a continuidade dele. Como vimos acima, ele primeiro incorpora a figura materna para depois se desidentificar. Mas a desidentificação só é possível quando ele descobre que o mundo, não é somente a mãe, como também ele mesmo. Assim através do contato a criança tem a possibilidade de se nutrir do mundo externo. Esse estágio corresponde a simbiose.

O papel da mãe é ser receptiva às necessidades do bebê e estar presente como um “sinal” que propicie clareza e referência. Quando o bebê nasce e tem esse rompimento fisiológico, ele passa a buscar essa mãe como referência e isso será importante para sua integração e seu contato com a realidade. Esse processo também se relaciona com o senso que a mãe tem de si mesma, pois ele irá se identificar com ela. Eva Reich – fala da frieza dos relacionamentos e que a falta de contato leva a diminuição do campo energético. A interação dos pais com os filhos refere-se aos seus respectivos campos energéticos. A psicanálise, em geral, afirma que a mãe é o espelho do bebê, “se o bebê olha e não vê nada ele não se vê.” Logo um bom contato com outro de si (Genovino) promove essa integração, essa autorregulação. Porém se a falta de um bom contato pode promover uma dissolução/alienação. Em resumo, o contato é o que possibilita a formação da identidade. Disfunções de contato comprometem a identidade, que podem desencadear em esquizofrenias e traços esquizoides.

Para complementar esse tema, a importância de ressaltar a teoria do apego do Bowlby, para ele o apego é uma disposição para contato com uma figura específica e seu aspecto central é o estabelecimento do senso de segurança fundamental para que seu desenvolvimento sócio emocional ocorra normalmente. Os comportamentos de apego são observáveis e organizados nas interações das crianças com seus cuidadores, permitindo que a criança consiga ter e manter a proximidade. Os mais comuns são chorar, chamar, balbuciar, sorrir e agarrar-se. Nas palavras de Bowlby (1988), a saúde mental da criança depende de que ela tenha a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com sua mãe (ou uma mãe substituta permanente uma pessoa que desempenha, regular e constantemente, o papel de mãe para ela) na qual ambos encontrem satisfação e prazer. O vínculo, segundo Bowlby (1984a), é um laço relativamente duradouro que se estabelece com um parceiro. Tanto o vínculo afetivo como o apego são estados internos. é a conexão, a ligação nata entre indivíduos interdependentes. O vínculo se inicia na fase pré-natal através da comunicação fisiológica e emocional entre mãe e bebê e ganha mais peso através da amamentação e do cuidado amoroso da família como um todo. Dessa forma a criança percebe que existe uma base segura na qual pode confiar e se sentir confortável, aceita e protegida. Um bom elo contínuo se fortalece durante todo o processo do desenvolvimento infantil e serve de base para o bebê amplificar e construir vínculos com outras pessoas que o cercam e posteriormente com o mundo externo (social); sociedade em geral. Assim vemos a possibilidade de saída do primeiro campo energético da mãe para o segundo campo energético, o da família.

Nas palavras de Winnicott, é importante deixar registrado que desde esses momentos precoces da vida os vínculos que o bebê estabelece com as pessoas à sua volta favorecem ou não sua evolução intelectual e emocional, no sentido de modificar a condição de absoluta dependência inicial do recém-nascido, promovendo o desenvolvimento e a aquisição de uma progressiva autonomia e servirá como base sólida para esse desenvolvimento, para a criança sentir-se segura, sair do envolvimento com a mãe e ir pro mundo. Lembrando que, somente a partir dos 6,7 meses o bebê passa a se alimentar dos sólidos e outros líquidos e é o marco onde se inicia a separação de fato com a mãe.

**Parto:**

Em uma gestação saudável, a mulher geralmente começa a perceber alguns sinais de que o trabalho de parto se aproxima. Por exemplo, pode acontecer a perda do tampão mucoso; o rompimento da bolsa amniótica que circunda o feto; o aparecimento de contrações uterinas sem ritmo e sem periodicidade; a descida do bebê pela pélvis (“encaixe”), etc. Tudo isso pode ocorrer ou não nos pródomos, a fase de preparação que antecede o trabalho de parto propriamente dito. O trabalho de parto verdadeiro é habitualmente dividido em três estágios:

**– Primeiro estágio**: pode durar apenas algumas horas ou até alguns dias, apresenta três fases distintas: a latente, a ativa e a de transição. A primeira se caracteriza pela maior duração e pelas contrações regulares, mas não muito efetivas; a segunda é onde as contrações começam a ficar mais intensas e frequentes; e a terceira, considerada a mais difícil, é aquela onde as contrações são mais fortes e duram mais tempo, finalizando com a dilatação do colo do útero.

**– Segundo estágio**: Nesse processo a mulher já está com dilatação total e tem a presença de puxos involuntários (vontade de fazer força), daí vem o período expulsivo, terminando com o nascimento do bebê.

**– Terceiro estágio**: A mulher já com seu bebê nos braços, acontecem contrações mais leves para a dequitação (descolamento, descida e expulsão) da placenta.

A dinâmica do trabalho de parto está associada ao funcionamento harmônico entre os sistemas simpático (que prepara o corpo para fuga ou luta) e parassimpático (que promove a volta ao equilíbrio e à serenidade), assim como à liberação de hormônios necessários para o seu progresso. Dependendo do grau de tensão, ansiedade e medo, pode ocorrer um bloqueio no processo natural do parto. A mulher que está relaxada e não sofre tensão, consciente ou inconsciente, estará sob a influência predominante do sistema parassimpático. A parte do corpo mais operante da parturiente é o cérebro primitivo, onde se situam duas pequenas estruturas chamadas hipotálamo e hipófise, responsáveis em secretar os hormônios necessários para o trabalho de parto. Ao se fazer uma aproximação do trabalho de parto com outra função fisiológica do ser humano, o adormecer, constatamos que em ambos existe uma alteração no estado de consciência e se requer a redução de atividade do neocórtex ,pois para dormir buscamos um local com silêncio e menos luz, evitamos conversas e buscamos privacidade e segurança, para não nos sentirmos observados.

Como já descrito acima, o parto como um processo biológico natural, detém hormônios específicos que são liberados não só para a expulsão do bebê, mas a possibilidade de vínculo entre a mãe o bebê. Os principais hormônios são:

**Endorfina –** hormônio responsável pelas devidas funções como a elevação da autoestima, melhora da memória, melhora do bom humor, aumento da resistência, aumento da disposição física e mental, melhora do nosso sistema imunológico, evita lesões dos vasos sanguíneos, produz efeito antienvelhecimento, pois removem superóxidos (radicais livres), alivia as dores, melhora a concentração, melhora a vida sexual. Durante o parto, ajuda no processo de bem-estar e elevação da auto estima da mulher para esse processo que requer entrega e logo após, retomada da consciência.

**Ocitocina**- hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na p90-hipófise posterior (neurohipófise), tendo como função promover as contrações musculares uterinas; reduzir o sangramento durante o parto; estimular a liberação do leite materno; desenvolver apego necessário e empatia nas relações; produzir parte do prazer do orgasmo e modular a sensibilidade ao medo (do desconhecido).Conhecido também como hormônio do amor, é produzido por todos os mamíferos e sua produção tem como consequência a aproximação afetiva entre os mamíferos.

**Prolactina-** hormônio secretado pela adenohipófise e tem como principal função estimular a produção de leite pelas glândulas mamárias e o aumento das mamas. A prolactina é produzida em maior quantidade durante a gravidez e também no pós-parto.

**Adrenalina**- hormônio simpaticomimético e neurotransmissor, responsável por preparar o organismo para a realização de grandes feitos, derivado da modificação de um aminoácido aromático (tirosina), secretado pelas glândulas suprarrenais, assim chamadas por estarem acima dos rins. Em momentos de "stress", as suprarrenais secretam quantidades abundantes deste hormônio que prepara o organismo para grandes esforços físicos, estimula o coração, eleva a tensão arterial, relaxa certos músculos e contrai outro. É um hormônio, que respeitada a fisiologia natural do parto, é liberado em pequenas quantidades.

**OCITOCINA: O HORMÔNIO DO AMOR**

A Ocitona é um hormônio produzido no hipotálamo, que é conhecido como hormônio do amor, pois costuma ser liberado quando estamos perto de nossos parceiros. Quando isso acontece, os níveis de cortisol (hormônio do estresse) diminuem no organismo, promovem o relaxamento e a possibilidade de prazer e entrega que resulta no processo de orgasmo. Os principais benefícios que a ocitocina promove são:

- O apego materno

-Fortalecimento das relações

- Aumento da libido

- Alívio do estresse e da ansiedade

- Cristaliza memórias emocionais (um estudo da revista Proceedings of the National Academy of Sciences mostrou que a ocitocina ampliava as primeiras lembranças dos homens sobre suas mães.)

- Facilita o parto e o aleitamento materno

Em um grupo de 31 homens, aqueles que inalaram uma versão sintética desse hormônio relataram que ele intensificou boas lembranças de suas mães. Isso ocorreu nos casos em que os relacionamentos com eram positivos.

A ocitocina liga mães e bebês através da amamentação, pois é chave essencial na liberação de leite pelas glândulas mamárias. Durante cada mamada, a liberação de ocitocina pelo cérebro feminino, além de promover a contração das glândulas mamárias e a ejeção do leite, também causa profunda sensação de prazer e relaxamento materno, pois a ocitocina age nas células cerebrais do sistema límbico, relacionado às emoções. É por isto que as mamíferas se entregam aos bebês de uma maneira tão instintiva durante o período de lactação. Com o progresso da tecnologia farmacológica, a ocitocina foi sintetizada artificialmente e hoje é utilizada vastamente na obstetrícia (atualmente considerado violência obstétrica), como um hormônio auxiliador durante o parto, embora o efeito fisiológico desse hormônio no organismo seja maravilhoso e benéfico, o uso sintético de ocitocina pode ser arriscado. Se, por um lado, o uso do hormônio artificial é capaz de corrigir partos disfuncionais, por outro, pode causar disfunção em partos fisiológicos que evoluiriam perfeitamente com o hormônio natural.

A ocitocina sintética permite que uma mulher com uma doença grave e que necessita que sua gravidez termine, passe pelo trabalho de parto de maneira muito similar a uma mulher que entra em trabalho de parto espontâneo. Desta forma, a ocitocina sintética promoveu um grande avanço no cuidado obstétrico. Porém, o uso indiscriminado desta droga trouxe um grande problema para a indústria do nascimento.

O uso indiscriminado da ocitocina artificial, com o objetivo de acelerar partos fisiológicos, simplesmente para que o processo fosse mais rápido e desta maneira tornar mais eficiente e objetivo o cuidado hospitalar às mulheres em trabalho de parto, promoveu aumento nas taxas de complicações e cirurgias intra-parto. Isto porque a ocitocina aumenta a intensidade e potência das contrações uterinas, aumentando o risco de alterações na frequência cardíaca fetal e no aporte de oxigênio para o feto, durante o trabalho de parto.

Ao mesmo tempo em que diminuir o tempo do trabalho de parto parece um argumento sedutor para o uso do hormônio artificial, usar de técnicas artificiais quando pode-se diminuir custos e riscos com o uso do hormônio natural parece um raciocínio paradoxal sobre a eficácia da tecnologia médica.

O uso de ocitocina artificial durante o trabalho de parto aumenta a chance de complicações não apenas para o recém-nascido, mas também para a parturiente: ela tem maior risco de apresentar hemorragia pós parto, pois como sua produção corporal de ocitocina não foi a responsável pelo parto, se corpo também não produzirá a quantidade necessária de ocitocina para contração do útero após a saída da placenta, o que causa sangramento aumentado. Além disto, muito do prazer descrito pelas mulheres após o parto está relacionado à cascata de hormônios como endorfina e adrenalina, que são produzidos sinergicamente com a ocitocina, numa espécie de dança fisiológica, onde qualquer interferência exógena pode afetar sua perfeição.

A ligação afetiva entre a mulher e o bebê, sua capacidade de se doar, de se ligar ao recém-nascido, de vencer o cansaço e o sono, também tem relação com a ocitocina que ela produz. Desta forma, a enxurrada de hormônios que a mulher produz durante o trabalho de parto parece ser essencial para esta arrancada inicial na vida de recém-mãe, Michel Odent, médico francês, em “O Renascimento do Parto”, atenta para a importância da produção natural de ocitocina, não só importante para esse processo de nascimento como de uma formação social, formada por indivíduos com maior capacidade de sentir empatia e construir vínculos. Em seu trabalho em Londres, atenta quantas mulheres são violentadas e até torturadas quando não podem experimentar esse processo em suas vidas de maneira natural, sem excesso de intervenções para acelerar o processo.

O importante de ressaltar esse hormônio, pois por ser um hormônio do prazer, ligado ao processo do orgasmo, aproxima fisiologicamente o parto à sexualidade, à natureza prazerosa e divina de parir, muito diferente do método moderno de parir vivido com excesso de mecanicismo, frieza e objetividade no nosso cenário conhecido.

**DADOS HISTÓRICOS SOBRE O PARTO MODERNO (HOSPITALAR E MÉDICO):**

O parto como todo processo da humanidade, passa por mudanças, devido aos aspectos sociais, históricos e econômicos de uma época. Se antes erra um cenário feminino e intimista, com a ascensão da burguesia e do capital, acaba atendendo as necessidades do sistema vigente. Com a entrada do saber médico e do homem, muda-se radicalmente o processo natural do parto, com mais intervenções e processos artificiais.

- O parto na era Antiga (Idade média, período pré- renascentista, pré revolução industrial) era um cenário exclusivo feminino e íntimo. O processo era realizado por parteiras, geralmente conhecidas da família, dentro das residências.

- Em meados do século 18, nasce uma preocupação com o índice de mortes no nascimento, devido ao processo da revolução industrial que está iniciando junto à ascensão da burguesia na sociedade, que clama por mão de obra.

- No final do século 18 e no início do século 19, o hospital ganha uma nova roupagem ; se antes era um lugar marginalizado, onde eram colocados leprosos e loucos, com o avanço da indústria e do saber médico, o processo de higienização, a necessidade de controle de corpos, o hospital vira o lugar onde o parto deve ser feito, tendo o médico como figura principal. O processo de cesárea é aprimorado, mesmo assim só sendo realizado em casos extremos de risco de morte à mãe. As parteiras passam a serem perseguidas e o serviço prestado por elas torna-se marginalizado e punido.

**NO BRASIL:**

- Em 1808: com a chegada da família real no Brasil, ocorre a implantação do ensino oficial de Medicina. A primeira escola foi implantada na Bahia, logo seguida por Rio de Janeiro. De início, a preocupação era criar uma escola com enfoque cirúrgico.

- 1832: as academias cirúrgicas são transformadas em faculdades de medicina e se iniciam cursos de parteiras para mulheres (ainda um ofício feminino, mas com intervenção do governo).

- 1854: Inicia-se dentro da escola de medicina, o saber obstretrício, somente com embasamento teórico. Os partos ainda eram realizados por parteiras mulheres e os médicos deveriam assistir, somente entrando em cena caso houvesse algum problema durante o parto.

Nesse momento, o conhecimento da obstetrícia no Brasil era considerado inferior aos demais da medicina, por se tratar de um interesse a um processo exclusivamente feminino, por isso encontrou vários obstáculos como falta de investimento e também falta de parturientes que não encontravam na figura do médico e no hospital, a confiança para realizar o parto.

Os hospitais ainda eram mal vistos e a falta de higienização adequada, junto a falta de um lugar reservado as parturientes gerou em 1862 uma epidemia de febre puerperal infecciosa, que pôs em risco o parto hospitalar e como consequência a intervenção médica.

- No final do século 19, com a preocupação da higienização e controle sanitário nas cidades, o hospital começa a ganhar a forma com a qual conhecemos atualmente.

- 1889: Fundação da primeira maternidade no Rio de Janeiro, Santa Isabel.

- Início do século 20: nasce a assistência ao parto e ao pré natal de maneira institucionalizada, ligado ao conceito de saúde materno infantil.

**OS TIPOS DE PARTO:**

**PARTO NATURAL OU HUMANIZADO (VAGINAL)**: Respeita a fisiologia natural do parto, onde a mulher tem a total autonomia de escolher a forma como parir (posição, roupa,acessórios para se sentir bem),o local onde parir e quem ela deseja compartilhar esse momento, as intervenções profissionais ocorrem apenas se forem necessárias. Essa forma de parir, embora seja similar à forma antiga dentro da história, ganhou força no mundo, após a observação de abusos médicos nesse processo gerando traumas nas mulheres e também nos seus bebês. O parto humanizado têm como prioridade possibilitar a mulher de um empoderamento de seu corpo e na construção do vínculo com seu bebê. Apesar do SUS já ter inserido o parto humanizado, muitas gestantes ainda encontram dificuldades para realizá-los na rede pública, com muitas regras e muitas recusas. Apesar de ser um direito da mulher e de certa forma ser mais simples, ainda custa caro ao sistema disponibilizar profissionais para respeitar o tempo do processo, o que evidencia a questão socioeconômica desde o momento de nascer.

**PARTO CESÁREA**: Realizado obrigatoriamente dentro do centro cirúrgico, onde a parturiente recebe uma incisão no baixo-ventre para a retirada do bebê, geralmente os processos que precedem o parto são respeitados (como contrações e rompimento da bolsa), só o processo da saída do bebê é feito pela barriga. Esse tipo de parto é indicado para mulheres que correm algum tipo de risco ou enfrenta alguma enfermidade durante a gravidez, mas atualmente observamos esse tipo de parto cada vez mais frequente(principalmente na rede privada), onde mulheres sem nenhuma indicação de cesariana, acabam tendo seus bebês dessa forma para atender uma logística do hospital e da agenda médica; muitas vezes o parto é marcado para uma data específica, violentando assim todo o processo fisiológico natural do parto.

O Brasil é considerado hoje o líder em cesáreas. Enquanto a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que 15% dos nascimentos sejam via cesariana, no País, na rede privada, as taxas chegam aos assustadores 82% e, na rede pública, a 52%.

**PARTO LEBOYER (PARTO SEM VIOLÊNCIA)**: Desenvolvido pelo médico Frederick Laboyer, em 1974, conhecido como o parto sem violência. Muito similar as condições do parto natural humanizado, embora seja feito no hospital e com a intervenção profissional, porém criando condições para que o bebê possa nascer num ambiente calmo, tranquilo, parecido com o útero materno; para isso a preparação do ambiente em relação à luminosidade, temperatura e silêncio. Além disso, visa quebrar alguns mitos de como o ato do tapa ao nascer, a separação “necessária” para alguns procedimentos médicos invasivos, separando-o da mãe e ignorar o choro do bebê e todo sofrimento ali presente. O bebê é considerado o protagonista da cena. Após o bebê sair pela vagina da mãe, ele é posto perto do abdômem materno, para sentir sua respiração e uma massagem é feita pelas suas costas, para que ele sinta esse contato de afeto. Depois de um tempo, o cordão umbilical é cortado (após parar de pulsar e fisiologicamente o bebê entender que não precisa mais dele), o cordão é importante, pois constituiu a maturação do processo respiratório do bebê. E minutos após o bebê sorriria.

O método Leboyer, ao valorizar esse momento de passagem algo importante, visa diminuir os traumas vividos nesse momento pelo bebê, pois essa passagem por si só já considerada um momento doloroso, recebê-lo com aconchego, sem agressões, com atenção e movimentos lentos, dando tempo ao bebê de compreender de maneira menos violenta essa nova vida, criando seres humanos com mais capacidade de compaixão, respeito e segurança no mundo.

**PARTO NORMAL(VAGINAL**): Assim como o natural, acontece pela saída pélvica (pela vagina), mas são realizados em ambiente hospitalar, com todas as intervenções médicas feitas de acordo com a vontade do médico e os protocolos do hospital. Neste tipo de parto, a posição é a litotomia (frango assado), além da episiotomia (corte pélvico feito para facilitar a saída do bebê), tricotomia podem ser utilizadas, em alguns casos, analgesia e indução das contrações com soro contendo ocitocina.

Embora respeite a forma natural de saída e consiste em mais simplicidade, muitos mitos a cerca da possibilidade para a realização do parto normal são impostos pelas mulheres, como foi dito no tópico de parto cesárea, este último fornece maior conforte para a agenda médica e logística do hospital, além de sustentar o mercado de nascimento.

Alguns mitos sobre a impossibilidade de parto normal, impõe algumas mulheres o poder de decidir sobre esse momento tão importante: pouca dilatação, mulher muito nova, mulher muito velha, pouca passagem, miopia, partos cesáreas anteriores ,candidíase, placenta velha, circular de cordão entre outros.

Nesse parto, muitas violências obstétricas são registradas, que vão de deboches e comentários de cunho sexual, como a manobra de kreisller, até mesmo o uso do fórceps dentre outras práticas que transformam esse processo como um ato violento e traumático (como veremos a seguir).

**PARTO ORGÁSMICO**: o movimento energético presente no parto, como as contrações do útero, a energia mobilizada para a pélvis, a produção de hormônios do prazer e fricção da cabeça do bebê na vagina, podem estimular a mulher sexualmente levando a um movimento similar ao orgasmos, dando mais prazer e menos dor.

Embora o movimento seja natural, algumas mulheres podem ter o desejo de serem tocadas sexualmente, ou por elas mesmas, ou por seus parceiros, o importante é que o contato com as sensações seja mantido e a possibilidade de se entregar ao prazer, sem culpa e medos mistificados.

**SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:**

O conceito de violência obstétrica segundo a OMS, consiste na imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais, bem como o desrespeito a sua autonomia.

Embora exista esse conceito, segundo o direito penal, o crime de violência obstétrica entra como crimes perfeitos, onde dificilmente se conseguem provas e determinam culpados, isso acontece porque o abuso vêm acompanhado de um discurso rico em conhecimento técnico, onde a mulher se sente alienada ao processo, embora exista inúmeros relatos de desconforto, tristeza e medo, a maioria considera normal as agressões naturalizadas no processo de parto. Por isso a parturiente deve buscar estudar e conhecer seus direitos, isso garante a ela e seu bebê menos atos violentos e impostos pela tecnocracia. Alguns tipos comuns de violência obstétrica são bastante usados, tais como: fórceps, anestesia sem consentimento da mulher, palavras como “FORÇA”,“VOCÊ NÃO ESTÁ AJUDANDO”, “VAI MÃEZINHA”, excesso de exames de toque, estourar a bolsa (se não há risco), obrigar a mulher a fazer tricotomia, episiotomia sem consentimento da mulher, dentre outros. Para que tais abusos sejam evitados existe o plano de parto para a mulher, onde ela antes de dar à luz pode escolher os procedimentos que serão utilizados, embora esse plano seja dar segurança a ela, algumas instituições burlam esse plano de acordo com as necessidades do local e profissionais.

**PARTO E SEXUALIDADE:**

Como vimos anteriormente, à nível energético e fisiológico, o processo natural do parto se assemelha muito ao processo das relações amorosas satisfatórias, se respeitado. Por que em nossa sociedade construímos um distanciamento entre o nascimento e a sexualidade, se na natureza eles se assemelham?

A necessidade de aproximar o momento do parto como algo doloroso e traumático e que deve ser temido de alguma forma para as mulheres, têm a ver com a repressão sexual que aniquila o livre pulsar da energia. As formas de nascer instituídas pela ciência tecnocrata e o patriarcado se sobrepõe a potência do corpo feminino e sua liberdade, pois se o parto pode ser vivido como uma sexualidade, muitas mulheres nesse momento se aproximam da sensação vivida como abuso e estupro. Além disso a energia sexual presente ali no parto, remete a todos, de maneira inconsciente os traumas vividos no parto de cada um e como cada um encara a sua própria sexualidade.

O parto se respeitado, possibilita a mulher a entrar em contato com seu próprio corpo, suas sensações e emoções, dá a ela um empoderamento e possibilidade de conectar afetivamente com seu bebê e força para os momentos que virão a seguir, um bebê que consegue ser amado desde o nascimento, cresce com maior possibilidade de construir conexões de amor, de se apaixonar pelas pessoas, de amar a mãe terra(preservação da natureza). Para pensarmos um respeito maior a liberdade do parto, devemos pensar as práticas do nosso cotidiano, sobre machismo e misoginia; sobre repressão sexual e construção de amor.

**Vegetoterapia pre-natal**

Primórdios - “O estudo da criança saudável”:

* Dezembro de 1940 Reich e outros profissionais da saúde deram início à um plano de estudo sobre o desenvolvimento humano.
* A Orgonomia começa a ter como objetivo fundamental o trabalho profilático.
* Estruturado em 3 grandes momentos: a gravidez, o nascimento e os primeiros dias do recém-nascido e o controle da formação da couraça até os 5, 6 anos.

Questões políticas-sociais:

* Navarro - problemas do parto → questão para toda a sociedade, pois trata-se de um cidadão, forma parte da sociedade.
* O sujeito que é capaz de ter o contato com *seu eu* está em condições de ter um bom contato com o *não eu*, ou seja, com *o outro.*

Por razões socio-culturais milenares, foi dito que: o parto deveria realizar-se com a dor da mulher o trabalho deveria ser pesado para o homem. Com este tipo de considerações, é muito difícil pensar no *prazer de viver*.

Se o parto é doloroso, é logico que a mulher estará o esperando com medos e neuras. Esse medo vem se prolongado por gerações e, então, o único meio para se desprender do medo da dor, é a *repressão* das sensações.

Esse mecanismo envolve uma situação de encouraçamento do sujeito, que se traduz em uma tensão crônica dos músculos.

**Gravidez e vida intra-uterina**

O desenvolvimento das funções mais complexas é condicionado pela progressiva evolução desimpedida das funções simples anteriores. A resposta neurohormonal e fisiológica da mulher diante de sua gravidez estará em concordância com seu psiquismo e com suas emoções, favorecendo um biossistema sadio como unificação e integração de funções para uma finalidade. Mas, quantas respostas divididas existem já nesse período inicial!

* **Ambivalências, dúvidas, rejeição, negação emocional e pressão social.**

A couraça provoca bloqueios afetivos e musculares. E tudo isso condiciona, na mulher, a experiência da gravidez e repercute indiretamente no processo de desenvolvimento embrionário e fetal, ou seja, no Organismo Humano Intra-uterino (OHI).

**Gravidez funcional**

Gestante com estrutura próxima à estrutura caracterial genital.

• Couraça caractero-muscular flexível.

• Respiração solta.

• Bom contato ocular, olhar móvel e brilhante.

• Pulsação bioplasmática positiva e capacidade de contato.

• Ausência de bloqueio diafragmático e pélvico; experiência orgástica.

• Possuidora de sentimentos calorosos e temos para com o parceiro e o bebê desejado.

* Pai com boa capacidade de contato e de entrega amorosa e orgástica.
* Condições infra-estruturais adequadas para suprir as necessidades do novo membro da família.

Tudo isso constitui exceção, mas serve de referência e objetivo social. O habitual é depararmos com uma gestação “normal” ou patológica, que sempre limitam a potencialidade funcional do biossistema do organismo intra-uterino.

**Consequências**

* predisposição à psicose e às biopatias primárias ou doenças psicossomáticas neuroendócrinas, devido ao “medo embrionário” que, segundo F. Navarro (1988), afeta em particular o tecido conjuntivo, impedindo seu funcionamento normal.

ou

* ao “medo fetal”, que afeta o sistema nervoso autônomo.
* Esse medo não é psíquico, mas uma resposta visceral, de contração da própria célula perante a falta de “contato” e de calor bioenergético-emocional do ecossistema materno, motivo pelo qual as repercussões são nucleares.

**Gravidez disfuncional**

* Existência de couraça rígida ou hiporgonia.
* Dificuldade ou ausência de contato.
* Olhar vago, fugidio, fixo.
* Respiração controlada ou reduzida. Bloqueio cervical-diafragmático.
* Bloqueio diafragmático hiper ou hiporgonótico.
* Pélvis bloqueada, sexualidade diminuída ou distorcida; impotência orgástica.
* Interiorização socioideológica da gravidez como um período sem importância para a experiência do bebê, que é preciso “agüentar”.
* Disponibilidade negativa do parceiro, devido ao surgimento de conflitos dinâmicos, limites sexo-afetivos. Pai ausente ou inexistente.
* Condições socioeconômicas, médicas e familiares adversas (excesso de trabalho por pressão na empresa, tóxicos, radiações etc.).

**Estrutura Caracterial da Gestante**

Cada gravidez será uma experiência diferente e, embora haja alguns padrões gerais de desenvolvimento, tanto da perspectiva somática como do processo psíquico, ambos vão depender da estrutura caracterial da gestante (Serrano, 1988).

**Gestante com Estrutura Borderline**

* Proporciona a seu organismo humano intra-uterino uma matriz com certa pulsação plasmática que, embora “seja vivida com insatisfação”, não lhe traz sofrimento nem uma experiência de pânico determinante para seu assentamento e organização celular;
* Receberá pouca oxigenação sangüínea da mãe e uma invasão hormonal desestabilizadora para seus débeis circuitos de integração, fruto da impossibilidade de contato da mãe borderline, que a impede de vivenciar conscientemente as novas emoções da gravidez,
* com conseqiientes reações neurovegetativas que vão predispor o feto a uma simpaticotonia, a uma diminuição de tônus muscular e a uma desorganização do Ego.
* Nesses casos, a experiência do parto e a relação objetal neonatal serão fundamentais para assentar a predisposição biopática e um forte núcleo psicótico. Desenvolvimento de biopatias secundárias (Navarro, 1988).

**Gestante com Estrutura Psicótica**

* Pode viver uma gravidez tranqüila, com um nível de ansiedade até menor do que o normal e sem presença de outras variáveis psicopatológicas, como depressão ou estados maníacos. Temos observado, inclusive, em pacientes esquizofrênicas tratadas com neurolépticos, que ao ficarem grávidas deixavam de necessitar desses medicamentos, desaparecendo as alucinações e a sintomatologia.
* Com isso não queremos dizer que a experiência seja ótima para o Organismo Humano Intra-Uterino, pois, dado o baixo nível de pulsação bioenergética e a disfunção neuro-hormonal e neurovegetativa da mãe, a resposta deste será de contração e medo celular.
* Mas a mãe, na medida em que está se vivenciando “carregada”, psicológica e energeticamente falando (processo de “luminação” descrito por Reich), viverá a experiência como positiva, pois lhe serve de compensação. Mas com sério perigo de depressão pós-parto ou de agravamento de seu quadro, depois do parto.

**Gestante com Estrutura Caracterial Neurótica**

* Uma vez que se trata de caráter estruturado e fixação histórica predominantemente edípica, encontramos um bloqueio cervical-diafragmático-pélvico, que é alterado pelas mudanças energéticas produzidas pela gravidez, dando base às “clássicas” respostas sintomáticas de uma gravidez “normal”, em termos estatísticos: vômitos, anemias, hipotensão, receios em relação ao parto e a possíveis deformidades do filho.
* Mesmo assim, para o O.H.I. a experiência será mais branda, recebendo uma alteração dos valores hormonais se a situação de incerteza ou de ansiedade da mãe for excessiva e não for veiculada para fora, isto é, se a mãe não tiver ou não puder expressar suas emoções durante esse período.

**Vegetoterapia pré-natal**

* Se a mulher não tiver feito análise pessoal, é importante o diagnóstico e o conhecimento da situação em que a gravidez vai se desenvolver (o filho é ou não desejado, é ou não conveniente tê-lo na situação em que se está etc.).
* Após esse diagnóstico, vê-se a possibilidade ou não de trabalhar com esse método, e se o casal está disposto a seguir o trabalho na forma e nas condições que vamos expor.
* Realizam-se sessões individuais com a mãe, nas quais se terá como método o trabalho do desenvolvimento do desbloqueio dos sete segmentos da couraça, sempre combinando a análise com o trabalho corporal.
* Não se trata de uma análise completa, e sim (usando o método da vegetoterapia) de levar o método à moldura específica da gravidez.

**Objetivo das sessões individuais**

Entrar em contato com seu interior, como premissa fundamental para entrar em contato com o feto. Esse contato vai possibilitar à mãe saber, a cada momento, o que ela está sentindo em relação à realidade.

A capacidade de expressão e a tomada de contato são os objetivos a serem alcançados, trabalhando com o método da vegetoterapia.

**Primeiro segmento**

* Trabalha-se com o objetivo de colocar a mulher de frente a realidade.
* Abordam-se todos os medos e fantasmas inconscientes que surgem durante a gravidez. Trabalha-se sobretudo com o medo da dor e de perder o aspecto físico (situação narcisista do físico da mulher), que é acompanhado por uma queda na energia libidinal.
* Esse segmento ocular é muito importante, porque, dentro do trabalho com todos os segmentos, é aquele que permitirá à mãe a tomada de contato constante, durante a gravidez e no momento do nascimento, para que durante esse período não se produzam situações de dispersão e de falta de contato com a criança, mas sim que, a todo momento, a relação dos dois seja vivenciada sem ser perdido o contato com a realidade.
* Por outro lado, trata-se de compensar todas as influências culturais, segundo as quais o parto é vivenciado como algo que dá medo, enquanto se espera que o médico ou outra pessoa resolva o problema, quando, na verdade, é a mulher quem deve exercer sua função (ver Langer, 1982, e Soifer. 1973).

**Segundo Segmento**

* ou oral, aborda-se, fundamentalmente, a tendência depressiva (que se produz em muitas situações), fruto das contradições entre a posse da criança e a reativação da relação com sua própria mãe. Essa ambivalência que se dá na mulher, justamente pela situação de oralidade que se desenvolve e que se tem normalmente, é trabalhada expressando parte da raiva oral, já que a mandíbula é um dos mecanismos defensivos que mais serão usados no momento do nascimento. Essa retenção estará muito ligada à retenção dos masseteres e à inibição da expressão, do grito, da voz.

**Terceiro Segmento**

* Procura-se atenuar as tendências de controle narcisista e as atitudes de resignação e de vitimização masoquista, abrandando o funcionamento do controle intelectual, tão presente na gravidez, vivenciando o parto como algo externo, justamente por essa necessidade de controle, quando o importante é centrar-se em si mesma e vivenciar o nascimento como uma experiência própria (que levará o tempo necessário).

**Quarto, quinto e sexto segmentos**

* o trabalho fundamental seria a recuperação da respiração completa (tórax, diafragma e abdômen, respirando em uníssono), para que exista uma real capacidade de expressão e um aumento da tomada de contato com a emoção, sem que existam diferenças de movimento entre os três segmentos, porque, caso contrário, se estará impedindo que a energia circule totalmente para a pélvis, proporcionando a capacidade de contato, de sentir e de expressar, e reduzindo a vazão energética.
* Exercício do gato ao invés da respiração cachorrinho.

**Segmento pélvico**

* A ruptura da tendência masoquista que se dá na mulher durante a gravidez, sob a óptica de “eu me sacrifico por você”, é feita ao trabalhar com esse segmento, transformando-se o sacrifício em ação voluntária, de prazer e de desejo.
* No segmento pélvico é onde se pode abordar a possibilidade real de abrandar a musculatura pélvica, acompanhada de uma aceitação da sexualidade e da identidade corporal como mulher e como mãe. Junto com essa abertura da pélvis, procura-se reduzir a sensação de “dever” que a mãe tem ao dar à luz, de obrigação, o que impede a sensação de prazer que o corpo pode vivenciar, num momento em que o prazer é visto inconscientemente como perigo, como algo que não deve haver.

***No momento do parto, é necessário que a mulher seja capaz de deixar-se ir, de abandonar-se ao nascimento, a esta criação, e, acima de tudo, de acreditar no ato que está realizando.* (Navarro)**

Com essa preparação, promove-se a funcionalidade do nascimento e observa-se que, desde o oitavo mês, ocorrem contrações de dilatação, porque dessa forma o parto não ocorre de modo momentâneo, havendo todo um tempo (um mês ou dois) em que as contrações já são de dilatação. Contrações mínimas, mas que respondem um pouco a essa situação filogenética de adaptação ao meio, não havendo necessidade de uma situação de parto induzido ou forçado, porque este segue o curso natural. Por isso, o parto é vivenciado como algo a dois, mais uma terceira pessoa, que seria o pai.

**A passagem intra/extra-uterina ou parto**

Cumpre, fundamentalmente, a função de estimulação cutânea profunda, com a conseqüente estimulação de todos os centros do sistema nervoso central. É um treinamento para deixar o mundo anfíbio e passar ao mamífero. Daí a importância do parto vaginal e de respeito aos ritmos de saída do feto, desde que não haja quadros patológicos.

**O trabalho do terapeuta durante o Nascimento**

1. Evitar que a mãe perca o contato no momento da saída ou expulsão.

Em geral, a mãe tende a se retrair completamente em si mesma e a inibir as sensações que está tendo com o filho, procurando evitar a dor e fazer com que a situação termine o quanto antes. Nesse momento, a criança fica totalmente esquecida e fora de contato com a situação materna.

2. Ajudá-la constantemente, por meio dessa tomada de contato, a expressar tranqüilamente a emoção ligada a essa tensão (a tensão muscular unida a uma emoção reprimida).

Pode ocorrer que com a expulsão do feto, se a mãe souber vivenciá-la e entrar em contato, encontre muita raiva, tristeza ou ambivalência entre as emoções de prazer, de ódio ou destrutividade, que se expressarão com a ajuda do terapeuta (proporcionando os meios adequados);

Imediatamente (pois, havendo expressão, há expansão ou vagotonia) dá-se uma abertura da pélvis, fazendo com que a criança escorregue (literalmente) para fora. Quando isso não ocorre, isto é, quando há controle, retenção e perda de contato, logicamente a tensão muscular vegetativa involuntária continua igual, e portanto a musculatura pélvica continua contraída (pois é involuntária) e a expulsão é muito lenta e difícil.

Assim, o processo de parto deve ser desenvolvido a uma temperatura ambiental similar à que existe no meio fetal (30° a 35°C, pois o feto está a 37°C). O ambiente deve ser íntimo. A luz, mínima. Não se procede ao corte do cordão até que a criança comece a respirar por si mesma; não haverá nenhuma separação da mãe após o nascimento, pois assim que o bebê nascer a mãe o põe por cima dela e lhe dá o peito e o calor que a criança procura, enquanto a própria criança vai aprendendo a respirar; caso contrário, ajuda-se com uma pequena massagem e começa a respirar pelo peito, ou seja, entra em contato com o tipo de respiração terrestre, e só então se corta o cordão.

Assim, o primeiro ato da vida foi vivenciado no casal, em simbiose e com amor, que são as condições que se pretende criar com esse tipo de trabalho, sendo fundamental a presença do pai, pois isso predispõe a um crescimento ativo e a uma maravilhosa vinculação emocional e energética entre o pai e o recém-nascido, que vai predispor ao desenvolvimento do amor porto do o resto de sua relação. Chega de excluir o pai de espaços que lhe pertencem e depois pedir atenção e afeto para o bebê e ajuda à mãe. Isso surgirá espontaneamente se, desde a gravidez, for dado ao pai o lugar que lhe cabe, às vezes ensinando-lhe qual é, para que possa recuperá-lo. Esta é outra tarefa muito importante da prevenção.

Referências Bibliográficas:

“A função do Orgasmo”- Wilhelm Reich. Livro

“O nascer sorrindo”- Frederick Laboyer. Livro

“O Renascimento do parto 1, 2 e 3 “- documentário Netflix

“O Renascimento do parto “- Michel Odent

“Contato, vínculo e separação”- Xavier Serrano Hortelano. Livro

“Energia,Caráter e Sociedade”- Instituto de Orgonomia Ola Raknes

“Medicalização do corpo feminino”- Elizabeth Meloni Vieira. Livro

“A criança e seu mundo” - Donald Winnicott. Livro

“O bebe e suas mães” - Donald Winnicott. Livro

“O ambiente e os processos de maturação”- Donald Winnicott. Livro

“Psicopatologia e caráter” - Genovino Ferri. Livro

“Somatopsicopatologia” - Frederico Navarro. Livro

“Somatopsicodinâmica” - Frederico Navarro. Livro

“Energia vital pela bioenergética suave” - Eva Reich. Livro

“La capacidad de contacto em las estructuras de caracter” - Colomer; Hortelano. Artigo.

“Uma base segura - Aplicações clínicas da teoria do apego”. Jonh Bowlby. Livro

Navarro, Federico. Aproximación a la vegetoterapia pre-natal. Artigo.

Jones, Peter. El uso de la vegetoterapia em el parto. Artigo.